

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 75

LE
LEVER PRÉCOCE
DES OPÉRÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel VAÏSSE

Né, le 12 mai 1890, à Sellières (Jura).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1919

LE
LEVER PRÉCOCE
DES OPÉRÉS

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LEPINE (J.)
Crimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.	POILLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	X...
Pathologie et Thérapeutiques générales.	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLEET
Médecine expérimentale et comparée.	MOURIQUAND
Médecine légale	PAYIOT
Hygiène	POILLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Bactériologie	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	des fonctions.
VORON	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
NOGIER	CADE	PIÉRY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, *Président* ; VILLARD, *Assesseur* ;
MM. TAVERNIER, et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 75

LE
LEVER PRÉCOCE
DES OPÉRÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel VAÏSSE

Né, le 12 mai 1890, à Sellières (Jura).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1919



A MON PÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ce bien faible hommage de ma
respectueuse affection et de ma profonde
reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR SUZANNE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PAUL

Disparu à Verdun en 1916.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nous n'oublierons pas le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant de présider
cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHALIER

Chef de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

**A tous mes Maîtres
de la Faculté de Médecine de Lyon.**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553213_0003

Nous remercions le D^r CHALIER qui nous a inspiré la matière même de cette étude. Il nous a procuré l'occasion de préciser un sujet auquel nous nous sommes d'autant plus intéressé qu'il fut pour nous un guide éclairé et bienveillant.

Nous exprimons également au D^r J. COLOMBET toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a témoigné durant nos études.

LE

LEVER PRÉCOCE

DES OPÉRÉS

INTRODUCTION

Un opéré, sur le déclin de son affection, demande à son médecin s'il peut bientôt se lever. Ce dernier aura toujours tendance à lui faire respecter quelques jours de plus l'immobilité. Serait-ce l'effet de la sensibilité humaine qui n'a pas l'audace d'imposer de bonne heure des mouvements à un malade ? N'est-ce pas, dans de certaines circonstances, lui rendre un mauvais service que de prolonger outre mesure son séjour au lit ? La question s'est déjà posée pour les accouchées ; ne pourrait-on pas la soulever pour les opérés ?

On a, en effet, fixé un chiffre aux laparotomisés : on les condamne ordinairement à vingt et un jours d'immobilité. Pourquoi ce chiffre fatidique ? Si nous

allons au fond des choses, nous n'y trouverons sans doute d'autre raison première que le caractère symbolique de ce nombre sacré. Nous continuons à faire ce qu'avaient fait nos prédécesseurs.

Nous oublions peut-être de tenir compte qu'ils opéraient dans des conditions différentes des nôtres. Il était tout naturel qu'avec des réunions mauvaises et des suppurations prolongées, trois semaines au lit fussent nécessaires, souvent même insuffisantes. En dehors de l'asepsie méconnue, l'hémorragie constituait un danger des plus redoutables. Nombre de malades mouraient sur la table d'opération. Pour les hystérectomies, par exemple, on ne savait pas rechercher et lier les artères utérines. Quant aux hémorragies tardives, elles étaient encore plus fréquentes : malgré l'étreinte d'un gros fil de soie ou d'un lien élastique solide, les pédicules n'étaient que trop souvent la source de suintements sanguins qui ne s'arrêtaient qu'avec la vie de l'opérée. Cet accident s'observait dans les cas de pédicule intrapéritonéal avec la ligature des moignons à la soie ou au catgut. Aujourd'hui, grâce au perfectionnement de la technique — recherche méthodique et ligature isolée des vaisseaux — à la simplification des manœuvres, à la suppression complète ou presque complète de tout moignon utérin, les morts par hémorragies ont presque disparu des statistiques.

Les temps ont donc considérablement changé ; la réunion immédiate de nos incisions est devenue la règle ; l'asepsie est presque parfaite ; dès lors, il ne semble plus y avoir aucune raison de conserver la

même conduite post-opératoire que nos devanciers.

D'ailleurs, cette méthode timorée du séjour prolongé au lit, ou mieux du respect de l'immobilité, a déjà trouvé de violents détracteurs parmi les chirurgiens des fractures. Lucas-Championnière remarque que le blocage des articulations condamne les muscles à l'immobilité absolue. Les conséquences de cette inaction sont énormes : tout organe qui ne fonctionne pas s'atrophie ; de plus, les tendons perdent leur souplesse ; l'activation de la circulation par la contraction musculaire manquant totalement dans un membre immobilisé, la nutrition s'y ralentit, d'où mauvaises conditions pour la consolidation. Ce n'est pas tout, l'assimilation fonctionnelle s'applique aux os et ses effets, pour être moins grossièrement apparents, n'en sont pas moins réels. La fonction du squelette est de résister sans se déformer : les os résistent comme des colonnes dans la station debout, tantôt comme des leviers, par exemple, dans les mouvements où ils transmettent la force développée par les muscles. Quand un membre est immobilisé dans une gouttière plâtrée, la fonction des os est réduite à rien. N'agissant pas, ils s'atrophient ; ils ne diminuent pas, ils se décalcifient.

Ainsi, Lucas-Championnière, avec cette méthode, remarque que beaucoup de membres sortent d'une gouttière plâtrée avec une bonne consolidation, mais complètement inutilisables. Ils conservent des séquelles non pas tant de la fracture que du traitement. Il faut ensuite une longue et patiente thérapeutique pour refaire les muscles, rendre la liberté aux tendons, la

souplesse aux articulations. Lucas-Championnière inaugura l'emploi de la mobilisation précoce.

La guerre a fourni à cette méthode un merveilleux champ d'action. Il faut reconnaître qu'elle a fait réaliser à la société une économie considérable ; elle lui a rendu des unités valides ; elle a abrégé la durée de l'incapacité totale, diminué la fréquence et le degré des incapacités partielles, désencombré les hôpitaux.

Delbet poussa encore plus loin avec ses appareils de marche.

Tandis que l'ancienne méthode cherche la perfection de la réduction, la coaptation exacte des fragments, la nouvelle, faisant bon marché de la réduction, s'efforce avant tout de rétablir la fonction.

Voyons si cette méthode physiologique ne pourrait pas être appliquée aux interventions sur l'abdomen.

LEVER PRÉCOCE DES ACCOUCHÉES

Avant d'étudier le lever précoce des laparatomisés, nous croyons utile de donner un aperçu général sur l'évolution des idées concernant le lever des accouchées. Cette question touchant la nôtre de près, a été discutée et tranchée de façons bien diverses, suivant les époques, les mœurs, les idées régnantes et aussi suivant les races et les milieux sociaux.

Chez les peuples primitifs, le repos après l'accouchement n'existe pas. Chez les Nyams-Nyams (Cannibales), la femme accouche parfois en marchant, sans s'arrêter pour si peu. Dès que la délivrance est terminée, elle va prendre son bain à la rivière en exécutant les danses les plus fantaisistes avec les amis qui l'escortent.

Ce procédé ne serait pas à conseiller aux femmes présentant un certain degré de civilisation, car plus on s'éloigne de la nature, plus l'acte physiologique de l'accouchement tend à s'écarter de la terminaison naturelle.

Guillemeau (1598), le père de l'obstétrique, est bref :

il fixe au huitième jour le moment où la « matrice est bien purgée et déchargée ». Mauriceau (1664) fixe une durée de repos égale à trois semaines : c'est là le temps voulu pour que tout soit rentré dans l'ordre. Levret ne permettait à ses malades de mettre le pied à terre que le douzième jour. Baudelocque juge nécessaire un repos de huit à dix jours, mais il aurait facilement pardonné les manquements à cette règle. Gardien permet le lever le cinquième jour.

Mais au fur et à mesure que les notions bactériologiques sont plus connues, le revirement ne fait que s'accentuer. Les accoucheurs exigent un repos de plus en plus long : quinze jours pour Cazeau et Courty ; trente pour Charpentier. Tarnier, redoutant surtout les métrorrhagies et les phlébites, recommande d'attendre trois semaines. Ribemont du dix-huitième au vingtième jour.

En Allemagne, Küstner¹ fait les premiers essais de l'application du traitement ambulatoire à ses malades. En 1898, il produit une statistique portant sur 1.000 femmes accouchées du mois d'avril 1894 au mois de janvier 1895, à la clinique de Breslau. Sur ce nombre, six cents s'étaient levées de bonne heure, quelques-unes dès le second jour après l'accouchement. Il est inutile d'ajouter que ce lever précoce était interdit formellement aux femmes menacées d'infection et à celles atteintes de lésions cardiaques ou d'autres maladies concomitantes. Küstner montra que les femmes levées tôt avaient de meilleures suites de couches que celles

¹ Küstner, in *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäcologie* 1898, t. XVII, n° 23.

qui s'étaient levées plus tard, toutes choses égales d'ailleurs. Chez les femmes levées de bonne heure, les lipothymies, les vertiges étaient exceptionnels, tandis que ces accidents étaient de règle chez les autres. Le lever précoce avait la plus heureuse influence sur les évacuations alvines ; les garde-robres spontanées avaient lieu beaucoup plus tôt. Aucune influence fâcheuse n'avait été observée sur la situation de l'utérus ; l'involution s'était bien faite et les lochies avaient été peu abondantes.

En France, un des premiers partisans de cette méthode fut M. Desplat (de Lille) qui, en 1889, lut un travail important sur ce sujet à la Société des Sciences médicales de Lille, dans lequel il n'hésita pas à affirmer que « le long repos auquel on condamne les accouchées est irrationnel et souvent nuisible ».

Fochier, en 1889, enseigne qu'à l'hôpital quatre ou cinq jours de lit sont suffisants et qu'en ville, en l'absence de tout incident, on peut autoriser le lever au bout d'une semaine. Pour appliquer cette thérapeutique, la température ne devait pas dépasser 37° 6 et le pouls être normal.

Le lever précoce est encore la règle à la clinique de M. le professeur Fabre¹. « Il a l'avantage de faciliter l'involution utérine, l'écoulement des lochies et d'éviter un certain nombre de rétroversions. Dans tous les cas, il faut agir prudemment en tenant compte des forces de la malade, et le plus souvent le premier lever consistera simplement dans le passage du lit à la chaise-

¹ Fabre, *Traité d'obstétrique*.

longue. Le fait à retenir est que le traumatisme n'est rien, que l'infection est tout. Lorsque, depuis l'accouchement, le pouls a été normal, lorsque la température rectale oscille entre 36° 9 le matin et 37° 3 le soir, le lever peut être précoce. La moindre douleur, la plus petite accélération du pouls, la moindre élévation de température, l'existence d'une rupture du périnée, sont des contre-indications au lever précoce. »

En somme, la tendance actuelle est d'abrégé le séjour des accouchées au lit ; et il semble que le lever précoce ne présente pas d'inconvénients, mais nombre d'avantages, pourvu que, par lever précoce, on n'entende pas reprise des occupations.

HISTORIQUE

Les nombreux avantages que les accoucheurs ont retiré de cette méthode conforme à la physiologie, ont frappé certains chirurgiens. Jadis le patient était soumis à une diète rigoureuse, on le bourrait d'opium et on l'immobilisait au lit pendant de longues semaines.

En 1889, devant la Section de Chirurgie de l'Association médicale américaine, un professeur de gynécologie de Chicago, M. Ries, proposa de faire lever les opérés aussitôt qu'ils en seraient capables et de les laisser se retourner dans leurs lits comme ils l'entendraient. Le but de cette motion était d'éviter aux opérés les inconvénients du décubitus horizontal prolongé; mais elle fut accueillie froidement et il est probable que la plupart des congressistes la taxèrent d'insensée.

Elle ne tomba pourtant point dans l'oubli. En 1891, dit M. Bovis, un autre professeur de gynécologie, M. Boldt, de New-York, avait pris l'habitude de faire lever, dès le premier ou le second jour après l'inter-

vention, la plupart des hystérectomisées par voie vaginale. A dater de la communication de M. Ries, il agit de même à l'égard des opérées par voie abdominale.

Avant lui, plusieurs autres chirurgiens s'étaient déjà efforcés d'abrégé le séjour au lit de leurs malades. Byford les faisait lever du dixième au quinzième jour, MM. Willian et Mayo, M. Grandin vers le huitième.

En Allemagne, la méthode américaine avait également un partisan, le professeur Landau, de Berlin, qui, dès le lendemain des laparotomies, s'efforçait de faire exécuter aux opérés des mouvements assez étendus ; on les invitait à fléchir et à étendre les cuisses sur le bassin, à se mettre sur le côté, à soulever le haut du corps. On leur permettait de se lever deux jours après l'opération, lorsqu'ils se sentaient capables de le faire ; et quand tout allait bien, le malade abandonnait le lit au milieu ou à la fin de la première semaine.

Bien qu'en cette question, la priorité n'appartienne pas à Boldt, c'est pourtant lui qui a le plus insisté sur cette méthode ; nous croyons intéressant de rappeler ici sa manière de faire d'après M. Bovis. « La laparotomie une fois achevée, et le ventre refermé, on applique sur la ligne des sutures abdominales quelques compresses de gaze, de façon à obtenir de six à huit épaisseurs, et on les fixe à l'extrémité de la ligne d'incision par deux bandelettes de sparadrap. On applique ensuite un appareil ayant pour but d'immobiliser la paroi abdominale. Pour cela, on prend une longue et large bande de sparadrap qu'on replie à la façon d'un appareil de Scultet pour la commodité des manipulations. Ce bandage doit avoir 30 centimètres de haut

et 60 centimètres à 1 mètre de long. On déroule le bandage, on couche le patient dessus et on enlève la feuille isolante qui recouvre le sparadrap.

« Le bandage doit être disposé de telle façon que son bord inférieur soit de niveau avec les têtes fémorales. On fend ensuite ses extrémités libres jusqu'au dos exclus, ce qui le transforme en un bandage à quatre chefs que l'on ramène de chaque côté du ventre. Le malade est ainsi emprisonné dans une sorte d'appareil inamovible, mais souple. »

Ainsi équipé, le malade peut se lever. Généralement il ne désire guère quitter le lit avant le troisième ou le quatrième jour. Lorsque les troubles post-anesthésiques sont peu prononcés, Boldt ne craint pas de les faire lever au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures et de les faire asseoir dans un fauteuil confortable ; les malades quittent l'hôpital vers le huitième jour. C'est là un véritable traitement ambulatoire pour toutes les laparatomies, car Boldt n'admet le lever précoce que sous la condition d'un bandage jouant le rôle d'une paroi abdominale artificielle.

Plus tard, en 1909, Kümmel¹, au Congrès international de Budapest, fait des restrictions et déclare : « Il n'est possible de laisser les opérés se lever de bonne heure que si certaines conditions sont remplies. Il faut que la narcose ait été rapide, avec une perte de sang aussi petite que possible, que la plaie rigoureusement aseptique se soit réunie par première intention et que la suture soit solide. » L'auteur a laissé les

¹ *Presse médicale*, 2 octobre 1909.

malades se lever, d'abord pour plus de prudence, au cinquième ou sixième jour après l'opération, puis très tôt, au deuxième ou premier jour. En général, Kümmel procédait ainsi : le jour consécutif à l'opération, quand les opérés ont absorbé leurs premiers liquides, et qu'ils sont remontés, on les fait asseoir plusieurs fois droits sur leurs lits. Immédiatement après l'opération, on leur permet déjà des mouvements variés. Quant aux malades résolus, qui le peuvent ou qui le veulent, il leur est permis de se lever un peu le premier jour, de s'asseoir sur un siège ; beaucoup font aussi des essais de marche. Le deuxième jour, au plus tard le troisième, Kümmel recommandait à tous ses opérés de quitter le lit. Il y joignait de prudents essais de marche qui étaient de plus en plus prolongés. Tout cela variait avec chaque individu et les progrès étaient plus ou moins rapides. Quelques opérés de hernies sont allés se promener le troisième jour sans avoir l'air de convalescents.

Vance également s'est occupé de cette question au sujet des appendicectomies à froid. Huit heures après l'opération, il laissait lever le sujet pour uriner ; dès le second jour, il lui permettait de s'asseoir sur une chaise et même de faire quelques pas s'il le désirait ; chaque jour l'opéré restait assis et marchait un peu. En somme, tout alitement proprement dit était supprimé. Si Vance n'admet pas cette méthode pour toutes les laparotomies, il croyait également à la nécessité d'une sangle contenant l'abdomen.

Dernièrement, au premier congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française

à Bruxelles, M. Bourcart¹ (de Genève) fit une communication sur le lever précoce des accouchées et des opérées. Il arrive aux conclusions suivantes : le lever précoce évite de nombreux inconvénients dont principalement la stase portale qui favorise la paralysie ou la paresse intestinale, l'infection, etc. Ces dangers sont évités grâce au travail des muscles et à une circulation plus active. Il conseille de faire au préalable des séances de massage des muscles abdominaux qui favorisent le retour de l'équilibre intra-abdominal. Pour M. Brouha (de Liège), ce traitement mobilisateur est « supérieur au traitement classique ». Mais la pratique de la mobilisation est entourée de difficultés multiples qui en restreignent l'emploi.

Enfin MM. Pauchet et Ducroquet² écrivent : « Nous levons nos opérés relativement tôt. Une hystérectomie pour fibrome se lève le dixième jour ; un opéré d'appendicite à froid se lève le quatrième ou le cinquième jour. Les sujets opérés sur le sein, le cœur, la langue, se lèvent le lendemain de l'intervention ».

En résumé, cette méthode du lever précoce des opérés a eu de chauds partisans en Amérique, puis en Allemagne ; en France par contre, à part quelques rares chirurgiens, elle n'a pas fait fortune, parce qu'elle semblait trop osée.

¹ *Presse médicale*, 8 octobre 1919.

² *Technique thérapeutique chirurgicale*.

CHAPITRE PREMIER

MÉTHODE DU LEVER PRÉCOCE

Nous laisserons de côté les interventions sur les membres, sur le cou, sur le thorax. S'il n'y a pas de contre-indications spéciales, rien ne semble devoir empêcher le lever, le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Nous signalerons pourtant que, dans certains cas de pleurésies purulentes, où le facteur infection semblerait devoir faire respecter le décubitus (ou du moins la position assise), M. le professeur Bérard ne craint pas de laisser lever ses opérés le deuxième jour après l'opération. Ainsi la station debout favorise le drainage en portant le pus vers les parties les plus déclives.

Notre étude sur le lever précoce portera sur les opérés de hernies inguinales ou crurales, ainsi que sur les opérés ayant subi une laparatomie latérale (appendicectomies) ou médiane (hystérectomies).

1^o INDICATIONS

Trois indications sont indispensables pour appliquer cette méthode.

1^o D'abord, l'asepsie parfaite. Evitant la suppuration

de la plaie, les bords maintenus solidement n'auront aucune raison de se désunir.

2^o L'hémostase rigoureuse nous mettra à l'abri des dangers d'hémorragies immédiates et tardives, ainsi que des hématomes à pronostic réservé par leur tendance à la suppuration.

3^o En troisième lieu, nous nous efforcerons de reconstituer la paroi abdominale telle qu'on l'a trouvée, c'est-à-dire que nous ferons des réunions plan par plan, réunions *per primam*, bien entendu, et nous emploierons des fils non résorbables.

2^o TECHNIQUE OPÉRATOIRE

M. le Dr Chalier, pour chacune des interventions qui nous intéressent, a adopté la technique suivante :

A. — Laparotomies (latérales ou médianes).

1^o Surjet péritonéal au catgut n° 1.

2^o Quelques points de rapprochement sur les muscles au catgut n° 2.

3^o Suture des aponévroses à points séparés soit au catgut n° 2 soit plutôt au fil de lin de moyen calibre.

4^o Suture en surjet du tissu cellulaire sous-cutané au catgut fin. Ce surjet est destiné à assurer une hémostase plus rigoureuse.

5^o Suture cutanée aux crins de Florence ou aux agrafes de Michel.

B. — Opérations des hernies.

1^o HERNIES INGUINALES. — Procédé de Bassini type. Réfection des deux parois aux crins de Florence

perdus ou au fil de lin. Surjet sous-cutané au catgut. Suture cutanée aux crins ou aux agrafes de Michel.

2° HERNIES CRURALES. — Fermeture de l'anneau crural au crin de Florence ou au fil de lin. Surjet sous-cutané au catgut. Suture cutanée aux crins ou aux agrafes de Michel.

Une réfection aussi soigneuse des parois a pour but d'assurer non seulement une *restitutio ad integrum* complète, mais aussi une guérison plus rapide sans le moindre des incidents post-opératoires (hématomes, suppurations...) observés encore récemment dans une proportion assez grande. Elle permet en outre, pour peu que les points de suture cutanée soient assez rapprochés les uns des autres, de s'abstenir de tout pansement, ce qui démontre, s'il était besoin, la sécurité de la suture pariétale.

Nous n'avons pas ici à insister sur les avantages de la suppression des pansements à la suite des opérations aseptiques de l'abdomen. Ils ont été indiqués par M. Chaliér dans deux articles du *Progrès médical* (5 novembre 1916 et 7 avril 1917) et, à sa suite, par plusieurs auteurs : Phocas (*Société de Chirurgie de Paris*, 1918); Weiss et Hamant (*Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1919).

3° LEVER

Avec cette technique opératoire, M. Chaliér, en dehors des contre-indications dont nous parlerons au

chapitre suivant, autorise ou mieux prescrit d'une façon systématique le lever avant l'ablation des fils :

Le huitième jour pour les hystérectomies et appendicectomies :

Le troisième jour pour les hernies.

Nous n'avons pas l'intention, sous prétexte que notre malade n'a pas eu le temps de se fatiguer par un court séjour au lit, de lui imposer de longues marches. Le premier jour, il se contentera de faire quelques pas autour de son lit, puis d'aller s'asseoir dans un fauteuil. Les jours suivants, on augmentera progressivement la dose de la marche et la durée du séjour hors du lit. A l'inverse de Boldt nous supprimons toute sangle abdominale. Nous munissons seulement nos opérés d'un double spica de l'aîne avec une large bande de crêpe Velpeau.

L'ablation des fils est faite le douzième jour pour les laparotomies ; le huitième jour pour les cures radicales de hernies. Quand il s'agit d'agrafes de Michel, l'ablation doit être faite entre le sixième et le huitième jour.

Avec cette méthode, tous les opérés peuvent retourner par leurs propres moyens à leur domicile le quinzième jour pour les laparotomies et le dixième jour pour les hernies, si cela est nécessaire.

Il faudra être, par contre, beaucoup plus prudent pour autoriser le lever des opérés dont la paroi — pour des raisons de temps par exemple — aura été reconstituée au fil de bronze en un seul plan par des points perforants totaux. Nous croyons cependant que,

même en pareil cas, si la réunion a été faite avec soin, on pourrait permettre le lever précoce.

4° RÉSULTATS

Il serait fastidieux, et sans intérêt, croyons-nous, de rapporter ici toutes les observations où le lever précoce a été autorisé. Mais nous pouvons dire que M. Chaliér y a recours depuis au moins deux ans, d'une façon systématique (en dehors bien entendu des contre-indications énumérées ultérieurement). Son expérience porte sur un minimum de :

100 cures radicales de hernies inguinales ou crurales;

50 appendicectomies à froid ;

30 hystérectomies abdominales.

Dans aucun cas, le lever précoce n'a eu le moindre inconvénient ni immédiat, ni tardif. Tous ces opérés ont été guéris, dans les délais dont nous avons déjà parlé, sans avoir présenté aucun incident et bon nombre d'entre eux, revus à date éloignée, présentaient une paroi solide, sans le moindre point faible, sans la moindre éventration.

A simple titre documentaire, et en raison de l'âge très avancé du malade qui pouvait faire craindre les pires accidents, nous croyons intéressant de reproduire ici l'observation suivante :

OBSERVATION

Athéromateux. — Facies légèrement vultueux. — Tousseur.

M. R..., âgé de quatre-vingt-quatre ans.

Le 9 novembre 1919. — Etranglement d'une grosse hernie inguinale droite (dimensions d'une tête de fœtus). Cet étranglement date de dix-sept heures.

Opération sous anesthésie locale par M. Chalié. Libération du collet du sac; gros épanchement sanieux intrasacculaire. Intestin suffisamment bon pour être réduit. Réduction en masse. Résection du sac. Fermeture rapide des parois inguinales aux crins de Florence perdus. Drainage filiforme sous-cutané en dehors de la ligne de suture. Suture de la paroi aux crins de Florence. Le malade est maintenu assis.

Premier lever. — Au bout de quarante-huit heures. On le fait asseoir dans un fauteuil confortable; on l'autorise à faire quelques pas, et progressivement on augmente chaque jour la durée de son lever.

21 novembre. — Sort guéri le douzième jour après l'opération.

CHAPITRE II

CONTRE-INDICATIONS

Quels que soient les avantages dont nous parlerons plus loin, que présente la méthode du lever précoce post-opératoire, nous n'avons nullement l'intention de l'appliquer ou de la voir appliquer à toutes les interventions des hernies ou des laparotomies. En ce sens, nous ne partageons pas les idées de Boldt qui l'étend à toutes les laparotomies complexes ou non, aux sujets anémiés ou bien portants, à condition qu'un appareil de contention maintienne l'abdomen. Nous ne voulons pas de sangle abdominale et nous tenons à signaler les principales réserves qu'il faut faire à ce lever précoce.

Malgré une asepsie parfaite et une hémostase rigoureuse, nous croyons inutile et même dangereux d'écourter le séjour au lit, de patients ayant présenté des symptômes de choc ou de collapsus, avant, pendant et après l'opération. Nous éviterons de lever trop tôt des personnes réduites à un état de faiblesse extrême, celles qui ont subi des opérations par trop graves, qui vomissent, qui ont tendance à la péritonite, ou dans

l'abdomen desquelles existent des surfaces cruentées et suintantes.

Il n'est pas question davantage des malades présentant des plaies suppurées et qui ont des complications telles que pneumonie, diarrhée, hyperthermie, etc. Nous partageons en partie l'avis d'Hartog qui admet trois contre-indications principales : la suppuration possible de la plaie, les opérations plastiques et la résistance manifeste des malades à quitter leur lit. Nous y ajouterons les affections organiques du cœur, des reins et des vaisseaux, ainsi que la péritonite tuberculeuse.

Avec M. Baldy nous n'autoriserons pas davantage le lever précoce chez les femmes nerveuses ou neurasthéniques, dans le ventre desquelles on ne trouve guère que des ovaires microkystiques, quelques adhérences, des trompes oblitérées ou atrophiées, des rétroversions et d'autres lésions insignifiantes. A ces patientes qui ne s'en porteraient pas plus mal sans opération, le décubitus horizontal pendant deux ou trois semaines constitue le seul moyen d'assurer le repos physique et moral dont elles ont avant tout besoin.

Dans un autre ordre d'idées, on peut se trouver en présence de malades émotifs qui dépensent trop d'activité lors de leurs premiers levers et chez lesquels une trop grande fatigue peut causer un état subfébrile.

Le lever précoce que nous préconisons est celui qui a lieu le troisième jour pour les hernies et le huitième ou neuvième jour pour les laparotomies ; il ne s'agit

pas d'ailleurs de laisser lever les opérés à leur fantaisie une partie de la journée, mais de les asseoir une ou plusieurs heures, de les faire marcher quelques instants et d'augmenter chaque jour la durée de ce lever.

Cette distinction étant établie, voyons les avantages que présente notre méthode.

CHAPITRE III

AVANTAGES DU LEVER PRÉCOCE

§ 1. Le lever précoce évite l'atrophie des muscles abdominaux avec ses conséquences.

La paroi abdominale refermée par de bonnes sutures a conservé ses dimensions normales, sa tonicité habituelle. Laisser le malade au lit, c'est le condamner à l'inaction. Or, il semble y avoir chez les êtres vivants des relations mutuelles entre la structure et la fonction d'un organe. Si le jeu des machines inanimées dépend de leur conformation, mais ne la modifie guère, il en est tout autrement pour les machines vivantes. C'est même une de leurs caractéristiques les plus frappantes, que leurs organes se modifient et se rénovent sans cesse; leur structure est constamment modelée par les actions physiques qui s'exercent sur elles; or, les plus continues et les plus efficaces sont précisément les actions mécaniques qui dérivent de leur fonctionnement même. Aussi peut-on dire que si la structure d'un être vivant détermine sa fonction, la fonction à son tour modifie cette structure

et on peut répéter avec Jules Guérin l'aphorisme célèbre « la fonction fait l'organe ». Faire fonctionner un organe, c'est donc aider à sa reconstitution. Une preuve des plus péremptoires démontrant l'adaptation d'un organe à sa fonction est fournie par le fait capital qu'un organe qui cesse de fonctionner s'atrophie, et que, par contre, un organe qui hyperfonctionne s'hypertrophie. C'est ainsi qu'un membre condamné pendant longtemps à l'immobilité dans un appareil plâtré, tend à s'atrophier, tandis qu'un membre entraîné à fonctionner par une série de manœuvres actives et passives s'hypertrophie. De même, l'estomac d'un inanité s'atrophie; ses parois s'amincissent, ses glandes et ses muscles entrent en régression. Au contraire, l'estomac d'un gros mangeur épaissit ses tuniques, renforce ses muscles, allonge ses glandes.

Devant ces données, il est logique de penser que le lever précoce conjurera les dangers de l'inaction prolongée. Il n'y a, en effet, que la station debout qui soit capable de faire travailler les muscles grands droits, les obliques et les transverses.

En évitant l'atrophie de la paroi, il est permis de supposer qu'on peut diminuer dans de sensibles proportions les dangers d'éventration tardive : les muscles abdominaux ayant conservé leur tonicité intacte, courront moins de chance de céder ou de s'écarter sous la poussée des organes abdominaux. La pression intra-abdominale, en effet, peut être comparée à celle qu'exerce la paroi d'un vaisseau sanguin sur son contenu. Supposons cette paroi extensible et pouvant varier de forme, la pression et la forme de la colonne

liquide entourée par la paroi du vaisseau varieront aussi proportionnellement aux variations du vaisseau lui-même. Du même coup on évitera aussi les ptoses viscérales tardives. En dehors de ce facteur mécanique, cette dernière complication semble également être influencée par un trouble général de la nutrition des tissus et ceux-ci, à coup sûr, s'accommoderont mieux du mouvement que de l'immobilité.

§ 2. Influence du lever précoce sur les fonctions intestinales et vésicales.

Persönne ne pourra refuser au lever précoce d'avoir une salubre influence sur le rétablissement des fonctions intestinales et vésicales. « Il n'est pas douteux, dit M. Bouchacourt, que le lever précoce, en modifiant favorablement la circulation intraabdominale, ne facilite le rétablissement des fonctions de l'intestin, du foie, de l'estomac. »

Il est un fait d'observation courante que les opérés ou les malades, restant longtemps au lit, ont constamment besoin de laxatifs ou de lavements pour aller à la garde-robe. Les opérés autorisés à se lever plus tôt ne présentent pas ces inconvénients. La cause est aisée à saisir : le relâchement de la sangle abdominale dû à l'atrophie des muscles immobilisés, puis la stase sanguine de l'abdomen occasionnée par le repos, tout cela contribuera à ralentir et à diminuer l'énergie des mouvements péristaltiques.

On constate quelquefois un certain degré de tympanisme, accompagné de malaise et de légère dyspnée.

La rétention des excréta favorise également le développement des colibacilles dans le sang. Tout le petit bassin est le siège d'une stase sanguine d'autant plus prononcée, qu'avec le repos prolongé on a un ralentissement des contractions et des excrétions, et, partant, une augmentation d'acidité de l'organisme par transformation incomplète des matériaux azotés. On conçoit facilement que, dans cet état, l'infection microbienne trouve là un terrain des plus propices à son implantation. En outre de cette infection colibacillaire, on peut craindre également les auto-intoxications avec tout leur cortège d'accidents.

La distension intestinale due à la constipation ne pourrait-elle pas être incriminée comme une des causes favorisant les ptoses viscérales ?

Une autre complication consécutive aux laparotomies est l'occlusion intestinale post-opératoire. Cette complication échappe à toute prévision, vient frapper au hasard un malade à qui la simplicité d'une opération semblait devoir assurer une guérison facile. Nous ne ferons que mentionner les étranglements précoces, accidents qui surviennent dans les dix ou quinze premiers jours qui suivent l'opération ; parfois beaucoup plus rapides, ils se confondent avec les premières heures qui suivent l'intervention. Nous parlerons surtout des occlusions post-opératoires tardives. Ici c'est à longue échéance, quelques mois, quelques années après une opération, alors que depuis longtemps le blessé a retrouvé la santé, a repris ses occupations, que les accidents d'occlusion apparaissent. Telle, par exemple, cette ovariectomisée de Sonntag, qui est prise

neuf mois après l'opération, d'accidents d'occlusion chronique qui nécessitent une nouvelle opération, telle aussi cette malade de Poncet, dont l'ovariotomie datait de quatre ans et qui dut subir une deuxième intervention pour occlusion intestinale à marche aiguë. Tujá, se basant sur les lésions anatomiques, rattache les occlusions, soit à des adhérences intestinales à des surfaces cruentées, à des brides, à des positions vicieuses de l'intestin, à des fautes opératoires. Les adhérences d'une anse intestinale sur une surface plus ou moins étendue sont les lésions le plus souvent signalées ; ces adhérences se font à la paroi abdominale, au niveau même de la ligne de suture, ou plus profondément au niveau du pédicule ovarique ou salpingien. Ces adhérences fixent l'intestin ; celui-ci subit une inflexion et, de là à l'occlusion, il n'y a qu'un pas, qui est franchi plus ou moins vite. Souvent, au-dessus de cette adhérence, on trouve une torsion, un volvulus de l'intestin ; ce n'est là qu'un effet secondaire de l'adhérence, parce que les contractions énergiques s'exerçant au-dessus d'un point fixe de l'intestin, amènent forcément des positions anormales. Ces adhérences, sans aboutir aux symptômes d'occlusion aiguë, déterminent fréquemment de vagues douleurs dans le bas-ventre, rendent l'intestin paresseux, la distension vésicale pénible. Devant la formation des adhérences post-opératoires, il est permis de supposer qu'un lever précoce, en mobilisant de bonne heure l'intestin, en évitant sa parésie, peut contribuer à en diminuer la fréquence d'apparition. On est autorisé à émettre une telle hypothèse lorsqu'on songe au traitement lui-

même de ces adhérences, qui consiste à soumettre le malade au massage et à la gymnastique raisonnée avant de faire une intervention libératrice.

Du côté de la vessie, fréquemment à la suite d'interventions sur l'abdomen, le rectum, l'utérus, on assiste à de la rétention d'urine.

Nous connaissons la richesse vasculaire et nerveuse de tous ces organes et la fréquence des anastomoses entre eux. Toute opération sur l'un d'eux retentira avec plus ou moins d'intensité sur la vessie et agira par voie réflexe en déterminant sa paralysie. Dans d'autres cas, ce sont les muscles de la paroi abdominale qui jouent un si grand rôle dans le phénomène de l'effort qui sont en cause ; lésés, ils se contractent mal et la miction devient difficile. Il est des cas où les vaisseaux et les nerfs de la vessie sont blessés au cours de l'opération ; l'action du muscle vésical s'en trouve manifestement compromise : ceci se produit souvent à la suite d'hystérectomies totales.

Cette rétention est souvent une cause de gêne et même d'excitation chez les sujets nerveux. Elle compromet le repos du malade et entraîne de l'agitation fébrile et de l'insomnie.

Pour éviter ces accidents, on est obligé d'essayer de faire uriner les malades en les tournant sur le côté, en élevant leurs corps jusqu'à la position assise, car beaucoup éprouvent de la difficulté à uriner dans la position horizontale.

Si par hasard ces petits moyens ne réussissent pas, on en est réduit, pour soulager le patient, au cathé-

térisme. Malgré les plus minutieuses précautions d'asepsie, c'est là une intervention qui, répétée fréquemment, offre de grands dangers d'infection, et les conditions en sont d'autant plus favorables que la stagnation de l'urine facilite le développement des bactéries. Ce qu'il faut craindre, ce n'est pas tant le cathéter, car une sonde est facilement stérilisable, mais ce sont les bactéries de l'urètre : le staphylocoque, le colibacille y ont été en effet rencontrés par tous les auteurs qui les ont cherchés. A chaque cathétérisme, un certain nombre d'entre eux sont véhiculés par la sonde dans la vessie où, grâce à l'état de moindre résistance déterminée par la stagnation, ils produisent une cystite avec tout son cortège d'accidents.

Le lever précoce excitera la tonicité musculaire de l'abdomen : le massage des viscères produit par la contraction de la paroi fera disparaître ces complications du côté de l'intestin et de la vessie, ou du moins mettra le sujet dans de meilleures conditions pour en être à l'abri.

§ 3. Influence du lever précoce sur la formation des escarres.

Le décubitus acutus constitue un accident pénible des interventions sur l'abdomen.

Comment se produit ce décubitus ? Une cause prédisposante est certainement en jeu ; ce serait une sorte d'insuffisance de vitalité des tissus. Cette déchéance cellulaire peut être due à un tiraillement des extrémités nerveuses au cours des manœuvres

parfois complexes de l'hystérectomie par exemple. Les pinces étreignent et meurtrissent des filets nerveux plus ou moins importants, et le processus irritatif qui en résulte, pouvant se prolonger le long des nerfs du bassin, réalise les conditions pathologiques favorables à la production des troubles trophiques.

A côté de cette cause prédisposante, se trouve une cause déterminante. L'escarre siège ordinairement à la région sacrée en raison de la minceur de la couche adipeuse qui sépare le sacrum de la peau, mais elle peut se montrer aussi au niveau des apophyses épineuses des vertèbres, ou à l'angle de l'omoplate. Etant données ces diverses localisations, il est naturel d'admettre qu'elle est due, en partie au moins, à la compression des parties molles comprises entre le plan du lit et le squelette. Sous l'effet de cette action mécanique, il se produit une sorte d'ischémie qui amène le sphacèle. On comprend alors aisément que le repos prolongé au lit menace à chaque instant de déclencher ce trouble trophique qui retarde et compromet la guérison du malade. Nous n'insisterons pas sur les dangers de l'escarre qui est une porte largement ouverte à l'infection.

§ 4. Lever précoce et psychoses post-opératoires.

Certains laparotomisés peuvent présenter du fait de leur opération, des troubles psychiques. On a tenté d'isoler cette affection. Mais ces psychoses sont dominées par leur irrégularité et leur polymorphisme : exaltation, dépression, idées de persécution, tout

s'observe dans leurs manifestations. Certains auteurs, ceux qui voient dans les opérations gynécologiques une cause plus efficace des perturbations mentales, ont prétendu que la mélancolie était la forme généralement observée dans ces cas.

Quoi qu'il en soit, ces psychoses existent, et dans leur étiologie on a fait intervenir tour à tour en plus de l'état de prédisposition du malade, les anesthésiques, le choc opératoire, l'auto-intoxication, l'infection, etc. Ne pourrions-nous, dans certains cas, ajouter à cette pathogénie l'état moral de l'opéré avant et après l'opération ?

A une malade prédisposée par son état névropathique, on pourra lui persuader que son affection (une hernie par exemple) est insignifiante et qu'elle devra subir une toute petite opération.

La meilleure raison est que trois jours après elle pourra sortir de son lit et rentrer chez elle le dixième jour. Elle se renseignera auprès de sa voisine qui a subi la même intervention. Ne pourrait-on pas avec cette suggestion diminuer les chances de psychoses post-opératoires ? C'est du moins l'avis de M. Brother : « Le lever précoce agit d'une manière très favorable sur le moral des patientes, et en diminue considérablement les tendances aux troubles psychiques et à l'état de dépression mentale qui se manifeste souvent à la suite des interventions ¹. »

¹ Brother, *Semaine médicale*, 1907.

§ 5. Influence du lever précoce sur la nutrition,
la circulation, l'état général. — Avantages sociaux.

Il n'est ignoré de personne qu'un exercice modéré augmente l'appétit : l'assimilation se fait mieux. Toute la nutrition jouit d'un équilibre plus normal. Un opéré condamné à une longue immobilité présente un appétit languissant ; de plus, il s'habitue à être choyé. Il perd son énergie morale. Quand on se décide enfin à ordonner le lever, déshabitué de marcher, de se mouvoir, il se soutient difficilement sur ses jambes tremblantes, il a des vertiges. Le premier jour du lever, après avoir fait le tour de son lit il sera obligé de se coucher, le deuxième jour il ira péniblement un peu plus loin ; ce n'est qu'au quatrième ou cinquième jour, qu'il pourra rester deux heures au plus en dehors de son lit.

En se levant de bonne heure, il n'aura pas eu le temps de perdre ses forces et cette longue période de faiblesse lui aura été épargnée.

La circulation elle aussi y gagnera, car ses variations dépendent non seulement de la force d'expansion du cœur, de l'état des valvules ou des vaisseaux, du jeu des poumons, de l'innervation mais encore de l'état de l'équilibre abdominal, c'est-à-dire de l'état des parois et des viscères qu'elles contiennent. Cette influence de la paroi a été reconnue par Brouardel¹ qui déclare : « Après l'accouchement, la déplétion

¹ *Revue de gynécologie*, 1913.

utérine a déterminé une chute subite de la pression intra-abdominale. La paroi abdominale distendue, éventrée parfois, seconde mal le jeu du diaphragme. Le séjour au lit, en amenant un état de repos des muscles, supprime plus ou moins l'action des « cœurs accessoires » et favorise par là même la stase sanguine dans la région pelvienne aussi bien qu'au niveau des membres inférieurs. La paroi abdominale a donc une importance physiologique considérable : elle a pour but de surveiller le changement continu de volume et de position des organes abdominaux si mobiles, et de régler et même, quelquefois, de contrebalancer les troubles survenus dans l'équilibre abdominal. De l'intégrité de la paroi dépendra donc, en partie au moins, l'intégrité du courant circulatoire. A une paroi mauvaise correspondra vraisemblablement une circulation défectueuse, or cette « stase sanguine » dont parle M. Brouardel n'est pas sans présenter de graves dangers chez les personnes âgées ou bronchitiques et même chez des personnes jeunes qui ont dû être soumises à une longue anesthésie générale. Nous voulons parler de la menace des congestions hypostatiques.

M. Lichtenberger¹ a fait de cette question une revue générale très complète.

En additionnant quelques statistiques, il est arrivé à rassembler quelques milliers d'observations. Or, seize mille laparotomies ont déterminé des complications pulmonaires dans la proportion de 5,5 pour 100.

¹ *Centralblatt für klin. Chirurg.*, 1905.

Devant cette fréquence, il est sage de prendre des précautions, et nous estimons que le décubitus ne peut qu'augmenter ces chances. A ce sujet, M. Moty⁴ déclare : « J'ai été opéré à cinquante-six ans pour une appendicite à froid avec fortes adhérences par mon ami Sieur. J'ai quitté seul mon lit le septième jour et rentré chez moi le neuvième. J'ai monté sans secours mes quatre étages. En ce qui concerne les sujets âgés, j'estime qu'il est indispensable de les soulever et de les asseoir de bonne heure pour lutter contre les congestions pulmonaires dont j'ai senti moi-même les dangers. »

La circulation et la nutrition étant favorablement influencées par le lever précoce, l'état général y gagnera aussi. Le malade non condamné à l'immobilité pendant la journée n'aura pas d'insomnie. La nuit, il aura la tranquillité et le repos, et c'est pour lui une excellente façon de lutter contre les complications qui le guettent.

D'un autre côté, rien n'est si pénible à quelqu'un de bien portant que de conserver l'immobilité : ce sont les efforts pénibles de la miction et de la défécation dans la position horizontale ; c'est le fait de s'asseoir sur son lit en prenant point d'appui sur ses mains et mille autres mouvements beaucoup plus pénibles au lit que lorsque le malade est levé.

Au point de vue hospitalier, le lever précoce offre une importance de premier ordre. En faisant lever le troisième jour pour les hernies et le huitième ou neu-

⁴ *Congrès de Chirurgie, 1906.*

vième pour les appendicites et les hystérectomies, ils peuvent, dans le premier cas, si cela est nécessaire, quitter l'hôpital le dixième jour, et, dans le deuxième cas, le quinzième jour après l'opération. Lorsqu'ils ne se lèvent qu'au bout de trois semaines, la convalescence est prolongée et ils ne quittent guère les services qu'un mois après leur entrée : il peut donc y avoir en moyenne une économie d'une dizaine de jours pour chaque malade. En même temps qu'on peut désencombrer les hôpitaux, on rend beaucoup plus tôt à la société des activités dont elle a si grand besoin.

CHAPITRE IV

DES CRITIQUES FORMULÉES AU LEVER PRÉCOCE

§ 1. Rapports du lever précoce avec les accidents infectieux et la phlébite.

Envisageons une objection, la plus grave qu'on oppose généralement à la mobilisation des premiers jours. Si cette objection était fondée, elle détruirait la méthode que nous avons étudiée : nous voulons parler de l'infection et particulièrement de la phlébite (et de sa grave complication, l'embolie) pour laquelle nombre d'auteurs ont envisagé le lever précoce comme une cause prédisposante.

Voyons donc quelle est sa fréquence, quelles sont ses manifestations, et, étudiant sa pathogénie, voyons dans quel sens elle est influencée par notre méthode.

S'il faut en croire Cordier¹ qui a écrit un long article à ce sujet, le pourcentage sera de 2 pour 100 à la suite de toutes les opérations abdominales. Cette statistique porte sur 232 cas, dont 148 sont répartis

² Cordier, *Journal of the American Association*, 1905.

ainsi qu'il suit : myomectomies, 69; opérations abdominales et pelviennes pour lésions diverses, 36; appendicectomies, 27; néphrectomies, 16. Voici d'autres chiffres empruntés à la Clinique d'Arbos où sur 1.651 laparotomies faites de 1901 à 1906, on a pu observer 11 cas de thrombophlébites.

Les malades présentant ces complications offrent l'aspect clinique suivant : d'une façon générale, la première quinzaine se passe sans incident, lorsqu'un matin, à la visite, l'opéré accuse une douleur spontanée, sourde ou pulsatile, dans l'aîne ou au mollet, accompagnée de lourdeur et d'endolorissement de tout le membre inférieur, généralement le membre gauche. La palpation très légère en ces points réveille une douleur très vive et permet de sentir une certaine tension des tissus. Le lendemain et les jours suivants, il sera possible de sentir un cordon douloureux sur le trajet de la saphène et de la veine crurale. Ces régions sont en même temps le siège d'un œdème blanc rosé, mou et dépressible au niveau des membres malades, ainsi que d'une tuméfaction des ganglions du triangle de Scarpa; le thermomètre donne une élévation de température, le pouls est accéléré.

Comment expliquer ces accidents? Les maladies générales des veines relèvent surtout d'un grand facteur étiologique qui domine aujourd'hui toute la pathologie : l'infection. La distinction entre la phlébite simple et la phlébite infectieuse n'a plus guère sa raison d'être. Comme l'a montré Widal¹, à propos de

¹ Widal, *Etude sur l'infection puerpérale de la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle* (th. de Paris, 1889).

la *phlegmatia alba dolens* des accouchées, l'existence de symptômes non douteux d'infection dans la période intercalaire qui s'étend depuis le moment de l'accouchement jusqu'au jour de l'apparition de la phlébite, la présence, dans les parois de la veine malade et dans les caillots, de nombreux streptocoques, tout prouve que cette phlegmatia, l'ancienne phlébite simple, n'est en réalité qu'une des modalités si diverses de l'infection puerpérale, un accident de la puerpéralité.

L'infection du système veineux est tantôt primitive, tantôt secondaire à une infection cutanée ou muqueuse. L'infection primitive résulte d'une plaie septique de la veine, qui devient alors la première étape de l'infection : la saignée fut pendant longtemps la source de nombreux accidents phlébitiques, mais grâce à l'asepsie ces dangers sont conjurés. L'infection secondaire du système veineux résulte d'une infection primitivement localisée à la peau ou à une surface muqueuse, c'est une infection à distance. Certains microbes ont une tendance particulière à envahir le système vasculaire sanguin, tandis que d'autres restent cantonnés dans le système lymphatique. Le même microbe peut d'ailleurs, suivant son degré de virulence ou selon le terrain sur lequel il évolue, déterminer l'une ou l'autre de ces modalités. C'est ainsi que le streptocoque fixé à un certain degré de virulence (érysipèle) reste cantonné dans les voies lymphatiques et ne pénètre qu'exceptionnellement dans la circulation sanguine, tandis que plus virulent il donne rapidement naissance à des septicémies. Le bacille de la tuberculose inoculé au cobaye est longtemps localisé

au système lymphatique ; inoculé au lapin, il tend plutôt à envahir le système veineux.

En cas d'infection générale, les microbes se localisent beaucoup plus souvent sur les veines que sur les artères. Ce fait tient aux conditions dans lesquelles s'effectue la circulation veineuse, à la lenteur du courant sanguin, à l'existence sur le trajet des veines de valvules, qui, comme les valvules du cœur, servent de points d'arrêt aux microbes charriés par le sang. Certains segments du système veineux sont particulièrement exposés : les sinus craniens chez le nouveau-né qui reste dans le décubitus dorsal, la veine fémorale chez l'adulte. Ces points sont, en effet, suivant l'expression de Lancereaux, les « points morts » de la circulation : l'action de la *vis a tergo* est en partie épuisée. Virchow, grand partisan de ce rôle mécanique dans la genèse des phlébites, prétend que la cause primordiale de la coagulation est le ralentissement de la circulation périphérique : le sang stagnant à la base des valvules s'y coagule comme lorsqu'après la saignée il est recueilli dans un vase.

A cette théorie, on a reproché d'être trop absolue. On a prétendu avec Vaquez, Cruveilhier, Zahn, Brücke, que la lésion du vaisseau était la condition première : il y a phlébite avant d'avoir thrombose. Brücke constate que le sang ne se coagule que tardivement lorsqu'on l'isoie entre deux ligatures dans un segment veineux et que la coagulation ne se produit qu'au moment où s'installe l'altération du vaisseau. Les lésions de la paroi sont constantes, mais elles sont localisées à un court segment vasculaire et, par suite,

passent facilement inaperçues. Pour les mettre en lumière, il ne faut pas examiner la paroi dans les points où elle est en contact avec le caillot prolongé, mais bien dans la région où s'est formé le caillot initial, dans les points où le caillot est le plus adhérent. A ce niveau, un examen minutieux décèlera un épaissement plus ou moins régulier des tuniques veineuses, une sorte de bourgeon plus ou moins saillant. Les lésions portent surtout sur la tunique interne. L'endothélium a desquamé; les cellules fixes de la couche sous-jacente, aplaties à l'état normal, sont gonflées et multipliées. La tunique moyenne est, en général, respectée. Quant à la tunique externe, elle présente souvent des lésions profondes : les vaisseaux nourriciers sont dilatés et entourés d'un manchon de petites cellules ayant le caractère de cellules embryonnaires.

Ces lésions seraient occasionnées soit par des microbes, soit par des substances toxiques. L'alcool, divers poisons, les toxines issues de la nutrition irritent les tuniques veineuses comme les parois artérielles; et, par analogie avec l'artério-sclérose, il existe des lésions de phlébo-sclérose : le type de ces phlébites toxiques serait la phlébite goutteuse et la phlébite rhumatismale.

Vogel et d'autres auteurs attribuent aux altérations de certains éléments figurés du sang, la production anormale de ferment qui détermine la coagulation pathologique. Pour les uns, ce seraient surtout les lésions de globules blancs qui paraîtraient jouer un rôle; pour Hayem, la coagulation commencerait par

la précipitation des hématoblastes ; pour Ebert, par la précipitation des plaquettes sanguines qui, à mesure qu'augmente le ralentissement, présentent une margination de plus en plus marquée, adhérent en amont à la paroi et se désagrègent en se transformant en une masse hyaline granuleuse : ainsi se constituerait un thrombus blanc qui, peu à peu, par adhérences de nouvelles plaques et de globules blancs, devient adhérent.

En présence de ces trois théories qui essaient d'expliquer la production de la phlébite, il n'en faut pas moins retenir qu'en plus de l'infection, la stase est une des causes contribuant à l'apparition de cet accident. Nous connaissons la fréquence relative, dans le territoire du tronc sous-clavier, des phlegmaties survenues chez les asystoliques ; nous connaissons également la facilité avec laquelle se produisent les caillots dans les poches anévrismales.

La clinique nous apprend également la localisation plus fréquente à gauche de la phlébite post-opératoire. Cordier, sur 232 cas de phlébites, en relève 213 à gauche, soit 90 pour 100. Cette localisation s'explique sans peine à l'aide des faits bien connus d'anatomie et de physiologie normale. On sait, en effet, que la veine iliaque externe est plus oblique à gauche qu'à droite ; de plus, elle est recouverte par l'artère correspondante, et enfin elle est croisée par un organe qui peut la comprimer, l'S iliaque. Voilà trois bonnes raisons pour amener le ralentissement du courant sanguin. Bardeleben écrit : « Nous n'observons de thromboses veineuses par le streptocoque, que lorsque ceux-ci passeraient dans un courant stagnant. »

Le lever précoce, donnant un coup de fouet à cette circulation qui menaçait de s'endormir sous l'action d'un décubitus prolongé, contribuerait donc à diminuer les chances de phlébites en améliorant les conditions circulatoires. C'est du moins l'avis de Ries, de Deaver en Amérique, de Landau, de Cramer en Allemagne, qui font lever leurs opérés pour éviter la phlébite. Kümmerl partage aussi cette opinion, ainsi que Faure qui déclare : « Je ne crois pas qu'il y ait davantage à craindre les phlébites et les embolies. Bien au contraire, je suis convaincu que l'activité circulatoire qui résulte de la marche et de la vie normale est faite pour préserver des accidents plutôt que pour les précipiter. »

On est autorisé à penser aux méfaits du décubitus lorsqu'on songe au traitement lui-même de la phlébite. Si l'immobilité précoce reste encore l'acte thérapeutique nécessaire pendant la période de fièvre et de symptômes généraux, la convalescence de la phlegmatie est écourtée. Auparavant, il était en effet de règle de ne laisser marcher les malades que lorsque la douleur avait disparu et surtout lorsque l'œdème était en voie de résolution. Or, comme l'a montré Marchais, c'était un cercle vicieux, car l'immobilité, par suite des raideurs articulaires qu'elle entraînait, était une cause de douleur, et surtout par suite de l'atrophie musculaire, une augmentation de la gêne de la circulation veineuse et une raison de la perpétuité de l'œdème. La phlegmatie, maladie bénigne, était suivie d'infirmités rebelles.

Il est certain qu'il n'est pas prouvé que le repos

écarte ou diminue les chances d'infection, condition nécessaire à la production d'une phlébite. Bien plus, nous dirons que le lever précoce, dans beaucoup de cas chirurgicaux, écarte la possibilité d'une phlébite; car, malgré les précautions d'asepsie et d'antisepsie rigoureusement appliquées dans l'acte opératoire, il y a souvent dans le torrent circulatoire quelques microbes de virulence atténuée, et si ces germes rencontrent un obstacle dans le système veineux des membres inférieurs, ils se fixeront plus facilement dans l'étoffe veineuse pour y créer un état inflammatoire se traduisant par une phlébite. C'est donc, croyons-nous, un moyen prophylactique contre l'infection, que de faire lever dès les premiers jours les opérés.

§ 2. Rapport du lever précoce avec la cicatrisation de la plaie et avec les dangers d'éviscération.

On a fait d'autres objections au lever précoce : on a prétendu qu'il retardait la cicatrisation de la plaie sans parler des cas où la suture ne tenait pas. On peut répondre par la fameuse expérience faite sur le chien : le diaphragme, muscle fonctionnant sans interruption, répare beaucoup plus vite ses éléments musculaires, après une plaie expérimentale, que ne le fait un autre muscle de l'économie au repos. On a remarqué également dans d'autres expériences que les nerfs se régénéraient beaucoup plus vite lorsque les membres auxquels ils étaient destinés n'étaient pas au repos. Comment se fait une cicatrisation *per primam*, la cicatrisation par deuxième intention ne nous intéres-

sant pas ? il faut d'abord l'asepsie, c'est-à-dire que la plaie ne doit pas contenir de germes infectieux ou n'en contenir qu'un nombre insuffisant pour ne pas provoquer des phénomènes septiques. En second lieu, les bords de la plaie doivent être réunis exactement, plan par plan ; en troisième lieu, il ne faut pas de corps étrangers interposés. Nous n'entrerons pas dans le mécanisme intime, histologique de la cicatrisation. Est-ce par stimulation trophique ou nerveuse ? Est-ce par l'afflux sanguin ou lymphatique occasionné par le fonctionnement même de l'organe ? Nous ne savons à qui attribuer le premier rôle ; mais ce n'est un secret pour personne que l'activité circulatoire et indispensable pour que des phénomènes de néo-formation cellulaire interviennent ; or la mobilisation provoquera des anastomoses vasculaires, et ainsi que nous l'avons montré dans un chapitre précédent, elle favorisera la circulation ; d'où il est possible de conclure que le lever précoce hâtera la cicatrisation.

On a reproché également à notre méthode de favoriser une grave complication : l'éviscération qui fait mourir les malades, la plupart du temps de péritonite aiguë. M. Routier pense que ce n'est pas affaire de suture ; il croit que cet accident dépend plus de la qualité des tissus que du mode de suture. Pour M. Tuffier¹, ce serait une infection très légère de la plaie qui préparerait la désunion. M. Walther attribue le rôle principal à l'état cachectique ou anémique du sujet. Lequel a raison ? Devant toutes ces théories pathogé-

¹ Tuffier, *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie*, séance du 30 octobre 1906.

niques, nous pensons que si nous avons tenu compte de toutes nos indications (asepsie parfaite, hémostase rigoureuse, emploi de fils non résorbables, suture plan par plan...) et de nos contre-indications, pour faire lever de bonne heure les laparotomisés, cette dangereuse complication n'en sera pas rendue plus fréquente par notre méthode. Dans nos statistiques nous n'en avons d'ailleurs aucun cas à signaler.

CONCLUSIONS

I. — La crainte de complications, souvent sans relation aucune avec le lever précoce des opérés ; ne doit pas nous obséder au point de nous faire maintenir les opérés au lit au delà du temps nécessaire. Ce serait leur rendre un mauvais service.

II. — Nous sommes d'avis de faire lever les opérés :

a) de hernies inguinales et crurales, le troisième jour ;

b) d'hysterectomies et d'appendicectomies à froid, le huitième ou le neuvième jour avant l'ablation des fils ; par conséquent, les premiers pourront se rendre à leur domicile le dixième jour, si cela est nécessaire, les autres le quinzième.

III. — Nous appliquons cette méthode systématiquement ; mais trois conditions sont indispensables :

1° Asepsie parfaite ;

2° Hémostase rigoureuse ;

3° Réfection des parois, en faisant des réunions,

plan par plan et en utilisant des fils non résorbables (fils de lin ou crins de Florence).

IV. — Cette méthode réalise de nombreux avantages : elle assure une guérison plus rapide et plus complète ; elle évite l'atrophie des muscles abdominaux avec ses dangers d'éventration et de ptoses viscérales tardives ; elle exerce une influence favorable sur les fonctions intestinales et vésicales ; elle favorise les fonctions de nutrition et de circulation ; elles s'oppose aux complications liées à l'hypostase pulmonaire et au décubitus prolongé (escarres fessières, etc.) ; enfin elle rend plus tôt à leur travail les opérés.

Nous croyons, en outre, que le lever précoce, loin de favoriser l'apparition des phlébites post-opératoires, les rend certainement moins fréquentes, car, à côté du facteur infectieux, habituel dans la phlébite des opérés, il faut faire jouer un grand rôle à l'état antérieur des veines (varices, phlébites, etc.) et au ralentissement circulatoire provoqué par le séjour au lit.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BERARD

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 décembre 1919.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- BOURCART (de Genève), Du lever précoce des accouchées et des opérées (*Presse médicale* du mois d'octobre 1919. Congrès de Bruxelles de 1919).
- BROUARDEL, Phlébites puerpérales (*Revue de Gynécologie* de 1913, n° 20).
- DELBET, Traitement des fractures (*Revue de Chirurgie* de 1914-1915).
- FAURE, *Société de Chirurgie de Paris, Bulletins et Mémoires* (année 1908).
- GILBERT et CARNOT, *Traité de Kinésithérapie* (Bibliothèque de thérapeutique).
- LEGUEU, *Gazette des Hôpitaux*, 1895.
- LHOST, *Etude clinique sur le lever précoce des accouchées* (thèse de Lyon, 1913-1914).
- MERCADE SALVA, *la Période post-opératoire. Soins, suites, accidents*.
- MÉRIEL, Phlébites du membre inférieur après les laparotomies (*Gazette des Hôpitaux*, 1908).
- TRUELLE, *Psychoses post-opératoires* (thèse de Paris, 1908).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
Lever précoce des accouchées	15
Historique	19
CHAPITRE PREMIER. — Méthode du lever précoce	25
CHAPITRE II. — Contre-indications	31
CHAPITRE III. — Avantages du lever précoce	34
CHAPITRE IV. — Des critiques formulées au lever précoce	47
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

